·综述·

# 痴呆患者抗拒护理的研究进展

王鑫源，刘艳丽*，周丽君，张奇，魏齐斐，燕杏钰，罗姣，刘小菲

【摘要】 抗拒护理（RTC）是痴呆患者行为与精神症状中一种较常见的异常行为表现，其与激越或攻击行为之间存在着紧密联系，但RTC是痴呆患者针对护理活动、人员的特定行为反应，通常会直接对护理人员产生负面影响，并最终可能导致负性反馈机制的形成。当前，由于国内研究者易将RTC行为与其他行为相混淆，国内少有针对痴呆患者RTC的研究，也少有研究者使用相关测量工具对痴呆患者RTC水平进行测评。国外研究者较早提出了RTC这一概念，并围绕痴呆患者RTC进行了较为系统的探索与研究。在查阅国内外已有研究基础上，本文重点阐述了RTC的概念、影响、评估工具及干预措施，以期为我国痴呆患者RTC研究提供思路与借鉴。

【关键词】 痴呆；抗拒护理；行为与精神症状；综述；护理

【中图分类号】 R 749.16 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0570

王鑫源，刘艳丽，周丽君，等．痴呆患者抗拒护理的研究进展［J］．中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

WANG X Y，LIU Y L，ZHOU L J，et al. Advances in resistance to care in patients with dementia［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］

**Advances in Resistance to Care in Patients with Dementia** *WANG Xinyuan，LIU Yanli*，ZHOU Lijun，ZHANG Qi，WEI Qifei，YAN Xingyu，LUO Jiao，LIU Xiaofei*

*School of Nursing，Shandong University of Traditional Chinese Medicine，Jinan250355，China*

**Corresponding author：LIU Yanli，Professor/Master supervisor；E-mail：liuyanlishd@163.com*

【Abstract】 Resistance to care（RTC）is a common abnormal behavioral manifestation of behavioral and psychological symptoms of dementia. Although RTC is strongly associated with agitation or aggressive behavior，it is a specific behavioral response of dementia patients to caregivers，and may result in a negative feedback mechanism as it often directly，negatively impacts caregivers. Currently，there are rare studies on RTC in dementia patients or measuring RTC in these patients using relevant tools in China，which may be because domestic researchers easily confuse RTC with other behavioral concepts. While the concept of RTC was introduced earlier in foreign studies，and has been systematically explored and studied. In this paper，we reviewed available relevant studies，and gave a detailed description of the concept，impact，assessment tools，and interventions regarding RTC，with a view to providing ideas and strategies for the study of RTC in patients with dementia in China.

【Key words】 Dementia；Resistance to care；Behavioral and psychological symptoms；Review；Nursing

痴呆是一种多发于老年人、以认知障碍为主要临床特征的神经退行性病变，随着病程的进展，患者的自理能力逐渐下降，需要他人协助才可以完成日常生活活动。然而，当痴呆患者在被照护的过程中有负面经历时，就可能会出现抗拒护理（RTC）行为[1-3]。LOUISE等[4]将RTC定义为“拒绝、回避或以其他方式阻止或破坏医院提供（的）护理服务和家庭照顾者提供（的）社会支持”。为RTC的痴呆患者提供医疗服务是一项具有复杂性和挑战性的任务，在实际操作中护理人员不仅会面对道德的考验和多重困难[5-6]，还可能会强迫患者接受治疗，并面临发生工作意外的风险[7]。坚持“以人为本”的护理方式是预防和减少痴呆患者RTC发生的一种重要方法，“以人为本”的护理理念强调痴呆患者需要得到高质量的人际关怀，以满足自身的基本需求。但部分护理人员对RTC有错误的认识，认为其是攻击性而不是保护性或防御性行为，误解这种行为可能导致不恰当的护理行为的产生，如强制护理、物理约束或药物滥用，甚至会使痴呆患者遭受虐待[8]。为了改善这一状况，国外学者对痴呆患者RTC进行了积极的探索与研究，但我国针对痴呆患者RTC的研究较少。因此，本文对痴呆患者RTC的概念、影响、评估工具及干预

基金项目：2020年度山东省重点研发计划（软科学项目）（2020RKB14087）

250355 山东省济南市，山东中医药大学护理学院

*通信作者：刘艳丽，教授/硕士生导师；

E-mail：liuyanlishd@163.com

本文数字出版日期：2023-04-06

措施进行综述，以期为提高医务人员对痴呆患者 RTC 行为的了解程度提供帮助，并为进一步探究有效的干预方法提供借鉴。

## 1 RTC 的概述

RTC 当前并无公认的定义与称谓，在部分文献中又被称为护理抵触、拒绝照护、不配合照护等[9-10]。在痴呆患者中，RTC 的情况尤为普遍，其是痴呆行为和心理症状（BPSD）的常见表现[11]，也是护理人员的常见压力源[12]。RTC 主要表现为任何避免和阻碍护理人员对痴呆患者进行日常护理的行为，如试图避开护理人员，拒绝护理人员进入房间，拒绝接受特定的护理服务（如洗澡、穿衣等），紧闭口唇（以拒绝进食、服药或口腔护理），忽略护理人员的要求或在护理人员工作时吼叫等[11，13-14]。这些行为与 BPSD 包含的其他行为有关，如激越或攻击行为等，然而并不相同。激越行为在任何情况下都可能出现，包括在痴呆患者独处时，但 RTC 是痴呆患者对护理活动的特定行为反应[15]，两者在临床表现上有重叠之处，但研究发现两者本质上是不同的，需要制定不同的策略来对其进行管理[16]。激越行为在轻度痴呆患者中较为明显，随着痴呆患者病情的进展而逐渐减弱，但 RTC 发生风险会随着痴呆患者病情的恶化而持续增加。有研究指出，当痴呆患者的病情进展到严重程度时，RTC 的发生风险会增加 8 倍[17]。

在最近的研究中，对 RTC 的解释从认知功能失调这一认知状态的症状转变为其是患者表达自身需求未被满足的行为或方式[18]。有研究指出，许多痴呆患者希望家属能够在家中照顾自己，并得到有尊严、包容、人性化的对待[19]，但并不是每一例痴呆患者都想要得到社会关怀[20]，部分患者因害怕失去独立性或对护理有负面的认识或体验并不接受他人照护。此外，家属因认为护理工作对延缓病程进展效果有限或担心护理成本过高也不愿为痴呆患者提供照护[21]，这也导致 RTC 出现的原因较为复杂，涉及患者、护理人员和社会多个层面。

## 2 RTC 的研究现状

### 2.1 痴呆患者 RTC 的影响

2.1.1 对痴呆患者的影响 有研究指出，RTC 是痴呆患者在个体护理背景下维持安全和舒适的主要障碍[22]。RTC 亦给护理人员带来了额外的痛苦和负担，可能会导致虐待行为的出现，如强制患者接受护理，使用物理手段或药物进行约束等，这又会对痴呆患者造成更严重的影响[8，23]。负性的护理经历会加重痴呆患者 RTC 的程度，最终导致其生活质量下降，护理成本增加[24]。此外，RTC 还会导致痴呆患者出现营养不良、皮肤受损、便秘、体质量减轻和其他健康问题[10]。

2.1.2 对专业护理人员的影响 RTC 会对护理人员和患者之间的情感联系产生负面影响，造成彼此不信任，最终会干扰正常的护理工作开展，延长完成护理工作所需的时间，增加护理成本、护理人员的负担和工作压力[25]。许多专业护理人员缺乏足够的信心和必要的技巧来应对这一问题，这也成为了专业护理人员在痴呆患者住院期间压力的重要来源[2]，未知缘由的 RTC 可能会造成护理人员发生职业倦怠或对痴呆患者的态度发生改变[26]，最终导致护理人员生活质量下降及负性情绪增加。当前，痴呆患者护理抗拒对我国专业护理人员影响的研究较少，未来可对我国专业护理人员对 RTC 的了解情况，以及痴呆患者在紧急入院情况下 RTC 的发生率等进行调查。

2.1.3 对家庭照顾者的影响 由于痴呆具有病程长、进展慢的特点，多数痴呆患者的主要照护工作由家庭照顾者承担[27]，家庭照顾者因缺乏必要的知识、护理技巧或时间紧迫等原因，易忽视患者的 RTC 行为。SPIGELMYER 等[28]通过描述性现象学研究探析了家庭照顾者在面对痴呆患者 RTC 时的内心感受，共析出 5 个主题：是未来照顾者责任增加的信号；对自我能力的质疑；对自己看法的改变；未预料到的情绪反应及患者的改变。家庭照顾者在面对 RTC 时常感到非常内疚和无力，这会影响其提供的护理的质量。在未来的研究中，应考虑如何使家庭照顾者充分发挥照护者角色的作用，提高其照护技能与照护信心，以减轻其痛苦。我国农村地区、偏远地区等经济欠发达地区痴呆患者的家属可能因经济因素而更多地选择自行承担痴呆患者的居家照护工作，许丽华等[29]指出，家庭照顾者的受教育程度和收入水平与其照顾能力密切相关，因此在经济欠发达地区，因照顾者的照顾能力较低，难以满足患者的各种需求，痴呆患者 RTC 的情况更加常见，也更易被忽视。同时，痴呆患者也较难得到医疗支持。目前，我国有关痴呆患者 RTC 对其家庭照顾者影响的研究较少，也缺乏不同经济水平地区与不同照顾者身份下痴呆患者 RTC 发生率及其影响因素等的对比研究，未来应重点关注我国经济欠发达地区家庭照顾者照护痴呆患者期间痴呆患者的 RTC 的发生情况，并针对患者或照顾者的特征制定针对性的干预措施。

### 2.2 痴呆患者产生 RTC 行为的影响因素

了解痴呆患者产生 RTC 行为的影响因素可以帮助护理人员正确制定有效的痴呆患者 RTC 行为临床管理方法。痴呆患者需要被理解、被保证不会受到虐待或被“遗弃”，并得到灵活的管理（如：就何时开展护理工作询问患者的意见），而不是被限制、隔离或采取强制措施（如物理约束、药物约束）。痴呆患者 RTC 的发生被认为与多种因素有关，如饥饿、疼痛、疲劳或情感等方面的需求未被满足[30]；或者仅是出于拒绝与不认识的人接触，从而抗拒任何互动和接受护理[31]。护理人员因素也被认

为是一种关键因素，部分护理人员缺乏痴呆相关的基础知识，可能在护理工作中存在忽略、隔离或歧视痴呆患者的情况，因此需要对护理人员进行关于老年人和认知障碍患者治疗管理的教育，提高其人文护理能力[24]。同时还应优化环境，如降低噪音，提供适宜的环境温度和照明，由较为固定的护理人员提供日常护理和尊重痴呆患者的生活习惯，以及在与患者互动的过程中尊重其个人空间[32]。

**3 痴呆患者 RTC 的测评工具**

3.1 阿尔茨海默病抗拒护理量表（RTC-DAT） RTC-DAT 是由 MAHONEY 等[33]于 1999 年开发，Cronbach's α 系数为 0.82~0.87，具有良好的信度、效度。量表共有 13 个条目，对阿尔茨海默病患者 RTC 行为进行量化评分，包括“转身离开”“威胁”“紧闭嘴巴”等，评价内容包括 13 种行为的持续时间和强度。采用 5 分制评分法对各行为的持续时间进行评价，无计 0 分，<16 s 计 1 分，16~59 s 计 2 分，1~2 min 计 3 分，>2 min 计 4 分；采用 3 分制评分法对各行为的强度进行评价，轻度赋 1 分，中度赋 2 分，重度赋 3 分。为了评估阿尔茨海默病患者 RTC 的严重性，将每个条目的持续时间得分与强度得分相乘即得各条目的最终得分，将各条目的最终得分相加即为量表总分，得分范围为 0~156 分，得分越高表明阿尔茨海默病患者 RTC 的情况越严重[14]。该量表是首个用于 RTC 评估的量表，对常见的 RTC 行为进行了详细区分，但在人力资源受限的情况下，很难确保护理人员有充足的时间来观察、记录患者 RTC 行为发生的次数和每一次行为的持续时间。截至目前，尚无国内学者对 RTC-DAT 进行汉化及应用。我国学者应尝试开发适合我国情况的新型量表，新的量表应更加便于使用、可靠，能够较为客观地反映痴呆患者 RTC 的真实情况。

3.2 修订版抗拒护理量表（RTC-r） 痴呆患者在接受口腔护理时常出现 RTC 的情况[34]，JABLONSKI 等[14]针对此问题对 RTC-DAT 进行了修订，并验证了该量表应用于痴呆患者其他护理工作中的可靠性。由于在进行口腔护理时，实时记录每一种行为的持续时间不具有可行性，因此 RTC-r 未将行为的持续时间纳入评价内容，评分人员在进行口腔护理时只须记录痴呆患者 RTC 行为发生的次数和强度即可。RTC-r 总分计算方式为将每个条目所对应行为出现的次数与每个条目的强度得分相乘后再全部相加，因此该量表得分的最大值 >156 分。JABLONSKI 等[35]认为使用 Cronbach's α 系数衡量该量表的内部一致性信度和可靠性不是最佳选择，因为单个条目对 RTC-r 整体构成的贡献较小，可以理解为存在 RTC 行为的痴呆患者不必表现出所有类型的 RTC 行为，因为 RTC-r 总分不仅与行为种类数量有关，也与每一种行为的强度和频率关系密切。平行效度被认为是衡量 RTC-r 可靠性的最佳指标，研究结果表明，痴呆患者 RTC-r 得分与视觉模拟量表得分之间的 Pearson 相关系数为 0.80（$P<0.001$），提示 RTC-r 是一种可靠的评估工具。RTC-r 为特殊情况下护理人员有效评估痴呆患者 RTC 发生情况提供了新的工具，但未将行为的持续时间纳入评价内容可能会导致评价结果难以准确反映 RTC 的严重程度。在临床工作中，护理人员应根据使用环境选择合适的评估量表，并可尝试通过浏览由电子设备录制的视频的方式回顾性地评价痴呆患者 RTC 的发生情况。截至目前，尚无国内学者对 RTC-r 进行汉化及应用，未来可将其与 RTC-DAT 引入我国，并对其加以修订、完善，构建适用于不同情境的评估工具，进而为研究人员提供合适的、可供其选择的工具。

**4 痴呆患者 RTC 的应对措施**

4.1 患者层面的应对 因精神药物的使用会增加痴呆患者不良结局的发生风险[13]，有研究建议将非药物干预作为一线治疗方案。常用的非药物干预策略（技术）包括感觉刺激、认知情绪导向技术、行为管理技术和多组分干预等[36]。

4.1.1 基于数字屏幕的镇静工具（MG） MG 是一种蕴含了“以人为本”理念的新型个人感官刺激工具，MG 最初被应用于缓解紧急情况下谵妄患者的躁动，是一个可移动式的平板电视。MG 通过非接触式的传感器捕获、分析患者的语言和动作，并对其语言和动作做出反应[37]。使用 Unity 游戏平台呈现令人平静的图像，Unity 游戏平台根据捕获到的声音和运动，提高 / 减弱电影中播放的图像的强度。GLORIA 等[38]对 13 例出现 RTC 行为的痴呆患者进行了一项随机对照试验：干预组患者接受常规护理和 MG 干预，对照组患者仅接受常规护理，MG 在护理程序开始前被推入患者的房间，距离患者 2 英尺（1 英尺 =30.48 cm），确保 MG 在患者的视线范围之内，护理程序结束后 MG 被移出房间。研究结果显示，干预组患者出现的 RTC 行为更少，但两组患者出现的 RTC 行为数量比较，差异无统计学意义，这可能与此研究样本量较少有关。该小样本探索性研究结果表明，MG 在降低痴呆患者 RTC 发生率方面具有一些积极作用。未来研究者可考虑在 MG 中增加智能语音识别与反馈系统，探索深度人机互动加持下的 MG 对痴呆患者 RTC 行为发生的影响。另外，开展多中心、大样本量的研究以进一步验证 MG 的干预效果也是未来研究的重要方向。

4.1.2 视频模拟存在（VSP） VSP 是基于模拟存在疗法（SPT）开发的一种认知情绪导向技术[36]，最早由 WOODS 等[39]提出，其亦是一种“以人为本”的干预方法。VSP 要求痴呆患者的家庭照顾者参与制作一段时

长为 30~60 s 的真人出镜视频，在视频中，家庭成员要求痴呆患者遵照护理人员的要求并配合护理人员完成特定的护理操作，如给药、喂食或辅助洗浴等。护理人员使用移动设备，如手机或 iPad 播放视频，在播放视频前，须从痴呆患者处获得“口头许可”，如询问患者“你想看你女儿的视频吗？”。O′CONNOR 等[40]采用 ABA 设计来评估 VSP 对降低痴呆患者 RTC 行为发生率的影响，其邀请 1 名痴呆患者家庭成员预先录制视频，以便护理人员在痴呆患者发生 RTC 行为时使用。研究结果发现，护理人员执行喂食、给药等基本护理操作的过程中，VSP 的引入明显减少了 RTC 的发生，当干预措施被撤回时，这种效果被逆转。基于家庭成员的 VSP 对减少痴呆患者 RTC 的发生起到了较明显的效果[41]。未来需开展大样本的随机对照研究，并探究何种类型的视频是最佳选择、连续使用同一视频能否取得长期有效的效果、因视力下降无法看清视频内容的痴呆患者可否通过收听音频的方式接受干预及两者在有效性上是否存在差距等。

4.2 护理人员层面的应对

4.2.1 护理基础框架（FOC） FOC 是由国际学习合作组织提出的用来提高基础护理质量的框架，旨在确保患者于医疗卫生机构中能够被提供优质的基础护理服务[42]。FOC 关注专业护理人员的行动，要求专业护理人员在行动时需重新审视和关注个体的基本需求，以确保其生理和社会心理健康；要求专业护理人员通过与被照顾者及其家属建立积极和信任关系满足个体的基本需求[8]。FOC 的核心是关系，包括 5 个基本要素。第一要素为信任。护理人员在采取一系列行为时要对患者抱以同情心与同理心、尊重患者，采取行为前须向患者做出明确解释，在取得患者的同意后方可开展护理工作。信任关系的建立是一个持续的过程，其在护理活动中不断得到巩固、加强。其次，一旦同患者建立起信任关系，护理人员要全神贯注地关注患者，积极观察患者的动作或行为，并通过语言或非语言形式及时对其动作或行为做出回应[43]。第三，护理人员必须能够预测患者的需求，即能够及时发现患者在躯体、心理和情感层面的目标，并帮助患者预先达成目标；第四，要了解患者。护理人员要了解患者及其家人的需求，并适应其沟通方式[43]。第五，评估关系的质量，并考虑要实现的期望和进行改进[43]。FOC 的运用可以确保患者得到持续、安全、周到和有尊严的护理服务，这可能与在 FOC 指导下患者躯体、心理社会和关系层面的需求被全面挖掘和满足有关[42, 44]。

痴呆患者因疾病因素认知功能不断恶化，生活自理能力也在不断下降，在疾病终末期常完全依赖家庭照顾者或专业护理人员[17]。痴呆患者在疾病晚期由于记忆障碍可能会忘记身边人物，包括其主要家庭照顾者的身份，并存在情感脆弱、服药依从性差及沟通困难等特点。在护理痴呆患者的过程中，护理人员要时刻尊重患者，充分获得其信任，并保持信任关系的可靠性和连续性。对于存在言语沟通障碍的痴呆患者，护理人员要通过各种非语言沟通方式充分地了解患者的需求[43]，尤其是未被满足的照护需求、活动需求和情感需求等。护理人员要拥有在照护痴呆患者方面的专业技术能力和信心，能够准确预测患者的需求。对于症状较轻、未出现明显 RTC 行为的痴呆患者，其主要照护工作可由家庭照顾者承担，在入院情况下，专业护理人员可与家庭照顾者合作共同对其进行护理；对于处于病程晚期且 RTC 行为明显的痴呆患者应根据其认知功能状况选择适宜的护理人员对其进行护理：若患者对其家庭主要照顾者的身份有一定程度的认知，家庭主要照顾者可在专业护理人员的指导下协助完成临床护理工作，以避免“非必要”的 RTC 发生；若患者已对多数其生活中的核心人物身份丧失认知，专业护理人员应根据 FOC 与其建立可靠的信任关系，并以此为基础满足患者相应的需求，减少 RTC 的发生。

4.2.2 以能力为中心的干预 以能力为中心的干预方法的形成过程受以人为本的护理理念的影响，其要求尊重痴呆患者的人格和尊严[45]，提倡通过创造一个支持性的环境来最大化保持个体在躯体、心理、社会功能方面残存的能力[46]。该方法包括基于心理社会需求行为模型的日常生活活动干预和基于社会心理方法的心理干预，日常生活活动干预在患者洗澡、穿衣和用餐过程中进行，心理干预专注于满足痴呆患者的沟通、自尊和安全感需求[47]。对于处于病程前期的痴呆患者，其认知功能和自理能力尚完整。在此阶段中，主要照护工作可由其家庭照顾者承担，家庭照顾者通常也是其最信任和最想依靠的人，日常生活活动干预可在家庭照顾者的帮助下较为轻松的完成，沟通、自尊及安全感需求通常能得到较为充分的满足；对于处于病程末期易出现 RTC 行为的患者，护理人员应充分评估其残存的躯体、心理、社会功能方面的能力，在与其建立信任关系的基础上帮助其充分发挥残存的能力，通过心理干预识别和预测患者未被满足的沟通、自尊和安全感需求，其护理工作不应以完成护理任务为导向，而是应以满足患者未被满足的需求为导向。以能力为中心的干预强调根据痴呆患者残存的个人能力调整为其提供的护理服务内容，促进其积极地参与到自身的护理工作中，从而使患者从“被动接受”状态转为“主动参与”状态，这可能有助于减少 RTC 的发生[48]。

4.3 社会层面的应对

4.3.1 多学科协作 痴呆患者 RTC 的发生给护理人员、

家庭照顾者带来了较为沉重的照护负担。ÅSHILD 等[49]提出，可由家庭医护人员、全科医生、痴呆专家和家庭成员共同组成多学科团队，并通过团队协作的方式应对这一问题。研究结果表明[49]，多学科团队在充分利用团队内成员专业知识和技能的基础上，能够对痴呆患者 RTC 的发生情况进行评估，并通过调整护理内容提高护理水平和质量。虽然综合性的医疗服务已被证明对于痴呆患者尤其重要，但也有研究指出，当前多学科团队成员之间的协作呈现非定期化和非系统化的特点，多学科团队开展工作面临一定的困难[50]。鉴于我国卫生服务体系不够完善和痴呆患者多由家庭照顾者长期照护的特点，应更加注重为家庭照顾者提供支持，尤其在疾病晚期阶段。此阶段中，RTC 的发生风险最高，家庭照顾者的照护压力最大、照护负担最重，需要社会给予更多的关注和支持。目前，我国多从社会整体出发发布旨在提高全民或特定人群健康水平的行动策略和政策，或倡导对个人进行健康教育和促进其自我保健能力的提升和改善，但以家庭为基础的保健服务发展较为迟滞[51]。当前，我国家庭保健服务内容主要包括建立家庭健康档案、生殖健康家庭保健服务等[51]。未来应将痴呆患者的照护纳入家庭卫生保健服务范畴，大力培养家庭卫生保健技术人才和力量，推进家庭医生团队建设、家庭医生签约服务高质量发展；加强对社区卫生服务人员、家庭照顾者的痴呆患者照护知识和技能教育与培训；充分利用痴呆患者的家庭健康档案资源定期“上门”提供家庭卫生保健服务；应用网络信息技术构建智慧医疗体系，使家庭照顾者能够快捷、有效地获得相关知识或及时通过网络预约社区卫生服务团队“上门”服务；积极借鉴其他国家（地区）家庭卫生保健服务开展经验，根据痴呆患者的需求创新家庭卫生保健服务模式。

4.3.2 构建痴呆患者友好型社会 随着我国人口老龄化程度不断加深，痴呆患者的数量也在不断增多，探讨营造对痴呆患者友好的社会环境，尤其是完善户外设施和旨在促进社会接纳痴呆患者的措施是否会影响和减少痴呆患者 RTC 行为的发生具有现实必要性[49]。WOODBRIDGE 等[52]指出，可通过对建筑物和交通系统进行特殊设计，对社区工作人员进行痴呆相关的教育，增强邻里关系及促进痴呆患者融入数字化的社会等举措（路径），促进痴呆患者友好型社会的建设。我国上海浦东新区的塘桥街道于 2019 年成立了“认知症关爱共建联盟”，通过多途径、多形式、多层次、多方面的社区动员和宣传教育，在全社区营造了关注、支持和参与痴呆防治工作的氛围，初步构建了痴呆患者友好型社区，推动了“全社区防治痴呆、筛查痴呆、接纳和包容痴呆患者”的进程，为我国其他地区痴呆患者友好型社区的构建提供了一定借鉴[53]。构建痴呆患者友好型社会是解决痴呆患者 RTC 这一问题所需的社会基础。推进痴呆患者友好型社会建设的过程中，在借鉴其他国家的成功经验的同时，应充分考虑我国的实际情况，城市地区可考虑积极开展痴呆患者友好型病房和痴呆患者友好型社区的建设工作，进而为痴呆患者友好型社会的构建奠定基础。同时，我国仍有相当数量的痴呆患者长期生活于农村地区，其缺乏专业的医疗支持和社会支持，农村地区在营造痴呆患者友好型社会时亦应坚持分类施策、因地制宜的原则。社会应充分地接纳和包容痴呆患者，不应排斥、隔离痴呆患者，应集合更多的力量来帮助他们。此外，满足痴呆患者家庭照顾者的物质、心理和社会需求，在减少痴呆患者 RTC 的发生中也能够发挥一定的作用。

## 5 展望和小结

随着我国人口老龄化进程不断加快，痴呆患者的人数也在迅速增加，痴呆给患者家庭和社会带来了沉重的负担。RTC 行为在痴呆患者中较为常见且易被忽视。我国痴呆患者多居家接受长期照护，家庭照顾者因缺乏必要的知识和技能常无法来识别和应对患者的RTC行为。若未对痴呆患者的 RTC 行为引起足够的重视可能造成家庭照顾者与患者之间的关系不断恶化，最终对双方产生不良的影响。我国研究者当前对痴呆患者的 RTC 行为缺乏足够的关注和重视，我国尚缺乏本土化的评估工具和干预措施。建议借鉴国外的研究成果，积极引入或开发适用于我国痴呆患者 RTC 行为评估的工具，并为有效干预措施的制定提供支持。开展多中心、大样本的横断面研究以了解我国痴呆患者 RTC 行为的发生情况亦至关重要，目前此方面的研究亦较少。

未来，需要深入探究护理人员在护理痴呆患者过程中可能面临的伦理问题，并制定针对性的预案，以为护理人员在遇到痴呆患者 RTC 时做出决策和实施干预提供依据；既往多数研究并未关注 RTC 的概念框架，需对其进行完善，以便更好地促进相关研究的开展；本研究并未分析居家或居住于疗养院等机构的痴呆患者和紧急入院的痴呆患者 RTC 行为发生情况的差异性，急性护理环境中痴呆患者 RTC 的发生率较高，但少有研究者探究这一现象产生的原因、造成的不良影响和应对措施，以及护理人员在这种情形下如何应对痴呆患者 RTC 行为、在完成护理工作与保障痴呆患者安全之间取得平衡。加强多学科协作和创新家庭卫生保健服务模式为解决痴呆患者 RTC 这一问题提供了一个方向；在临床实践中，完整、有效的痴呆患者 RTC 行为应对管理体系尚未得到确立。下一步，需要构建系统、有效的多学科协作体系，打造适用于痴呆患者的家庭卫生保健服务模式，鼓励更多的研究者参与到打造痴呆患者 RTC 行为应对管理体系的工作中。

作者贡献：王鑫源负责提出研究问题，设计论文框架，起草和撰写论文；刘艳丽负责提供研究指导，构思论文，对论文最终版本进行修订，并对论文负责；周丽君负责提出论文中的具体观点，确定研究方法和目标，并对论文进行修改；张奇、魏齐斐、燕杏钰、罗姣、刘小菲负责相关文献的收集与整理，检索国内外数据库，为研究提供基础材料支持。

本文无利益冲突。

## 参考文献

[1] FEATHERSTONE K，NORTHCOTT A，BRIDGES J. Routines of resistance：an ethnography of the care of people living with dementia in acute hospital wards and its consequences [J]. Int J Nurs Stud，2019，96：53-60. DOI：10.1016/j.ijnurstu.2018.12.009.

[2] COOK R，LAMONT T，MARTIN R. Steps to better understanding resistant behaviours in hospitalised patients with dementia [J]. BMJ，2019，366：l4912. DOI：10.1136/bmj.l4912.

[3] ISHII S，STREIM J E，SALIBA D. A conceptual framework for rejection of care behaviors：review of literature and analysis of role of dementia severity [J]. J Am Med Dir Assoc，2012，13（1）：11-23.e1-2. DOI：10.1016/j.jamda.2010.11.004.

[4] NEWBOULD L，TUCKER S，WILBERFORCE M. Enabling older people with mental health needs to engage with community social care：a scoping review to inform a theory of change [J]. Health Soc Care Community，2021，30（4）：1286-1306. DOI：10.1111/hsc.13648.

[5] DUNN M，GALLAGHER A. Ethics，ageing and the practice of care：the need for a global and cross-cultural approach [J]. Nurs Ethics，2021，28（3）：313-315. DOI：10.1177/09697330211018340.

[6] DAVISON T E，MCCABE M P，BIRD M，et al. Behavioral symptoms of dementia that present management difficulties in nursing homes：staff perceptions and their concordance with informant scales [J]. J Gerontol Nurs，2017，43（1）：34-43. DOI：10.3928/00989134-20160928-01.

[7] MENGELERS A，MOERMANS V R A，BLEIJLEVENS M H C，et al. Involuntary treatment in dementia care at home：results from the Netherlands and Belgium [J]. J Clin Nurs，2022，31（13/14）：1998-2007. DOI：10.1111/jocn.15457.

[8] REY S，VOYER P，BOUCHARD S，et al. Finding the fundamental needs behind resistance to care：using the fundamentals of care practice process [J]. J Clin Nurs，2020，29（11/12）：1774-1787. DOI：10.1111/jocn.15010.

[9] FEATHERSTONE K，NORTHCOTT A，HARDEN J，et al. Refusal and resistance to care by people living with dementia being cared for within acute hospital wards：an ethnographic study [M]. Southampton（UK）：NIHR Journals Library，2019.

[10] KONNO R，KANG H S，MAKIMOTO K. The best evidence for minimizing resistance-to-care during assisted personal care for older adults with dementia in nursing homes：a systematic review [J]. JBI Libr Syst Rev，2012，10（58）：4622-4632. DOI：10.11124/jbisrir-2012-431.

[11] BACKHOUSE T，DUDZINSKI E，KILLETT A，et al. Strategies and interventions to reduce or manage refusals in personal care in dementia：a systematic review [J]. Int J Nurs Stud，2020，109：103640. DOI：10.1016/j.ijnurstu.2020.103640.

[12] SHIRAI Y，KOERNER S S，XU S. Family caregiver experience of resistance to care：occurrence patterns，context，and impact on caregiver [J]. Qual Health Res，2021，31（14）：2653-2665. DOI：10.1177/10497323211042604.

[13] KALES H C，GITLIN L N，LYKETSOS C G. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia [J]. BMJ，2015，350：h369. DOI：10.1136/bmj.h369.

[14] JABLONSKI R A，WINSTEAD V，JONES-TOWNSEND C，et al. Revising the resistiveness to care scale [J]. J Nurs Meas，2016，24（2）：72-82. DOI：10.1891/1061-3749.24.2.E72.

[15] VOLICER L，CITROME L，VOLAVKA J. Measurement of agitation and aggression in adult and aged neuropsychiatric patients：review of definitions and frequently used measurement scales [J]. CNS Spectr，2017，22（5）：407-414. DOI：10.1017/S1092852917000050.

[16] JABLONSKI R A，WINSTEAD V，GELDMACHER D S. Description of process and content of online dementia coaching for family caregivers of persons with dementia [J]. Healthcare（Basel），2019，7（1）：13. DOI：10.3390/healthcare7010013.

[17] VOLICER L，BASS E A，LUTHER S L. Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia [J]. J Am Med Dir Assoc，2007，8（8）：527-532. DOI：10.1016/j.jamda.2007.05.005.

[18] AYALON L，GUM A M，FELICIANO L，et al. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia：a systematic review [J]. Arch Intern Med，2006，166（20）：2182-2188. DOI：10.1001/archinte.166.20.2182.

[19] FÆØ S E，BRUVIK F K，TRANVÅG O，et al. Home-dwelling persons with dementia's perception on care support：qualitative study [J]. Nurs Ethics，2020，27（4）：991-1002. DOI：10.1177/0969733019893098.

[20] LIM J，GOH J，CHIONH H L，et al. Why do patients and their families not use services for dementia? Perspectives from a developed asian country [J]. Int Psychogeriatr，2012，24（10）：1571-1580. DOI：10.1017/S1041610212000919.

[21] HERRON R V，ROSENBERG M W. "Not there yet"：examining community support from the perspective of people with dementia and their partners in care [J]. Soc Sci Med，2017，173：81-87. DOI：10.1016/j.socscimed.2016.11.041.

[22] FORSELL M，SJÖGREN P，KULLBERG E，et al. Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff [J]. Int J Dent Hyg，2011，9（3）：199-203. DOI：10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x.

[23] BELZIL G，VÉZINA J. Impact of caregivers' behaviors on resistiveness to care and collaboration in persons with dementia in the context of hygienic care：an interactional perspective [J]. Int Psychogeriatr，2015，27（11）：1861-1873. DOI：10.1017/S104161021500099X.

[24] FEAST A, MONIZ-COOK E, STONER C, et al. A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being [J]. Int Psychogeriatr, 2016, 28 (11): 1761-1774. DOI: 10.1017/S1041610216000922.

[25] KHOO S A, CHEN T Y, ANG Y H, et al. The impact of neuropsychiatric symptoms on caregiver distress and quality of life in persons with dementia in an Asian tertiary hospital memory clinic[J]. Int Psychogeriatr, 2013, 25 (12): 1991-1999. DOI: 10.1017/S1041610213001518.

[26] LEDGERD R, HOE J, HOARE Z, et al. Identifying the causes, prevention and management of crises in dementia. An online survey of stakeholders [J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2016, 31 (6): 638-647. DOI: 10.1002/gps.4371.

[27] 刘晨红，李伊傲，刘琪，等. 老年痴呆患者家庭照顾者负担及干预研究现状分析 [J]. 现代预防医学，2019，46 (2): 281-284.

[28] SPIGELMYER P C, HUPCEY J E, SMITH C A, et al. Resistiveness to care as experienced by family caregivers providing care for someone with dementia[J]. J Nurs Scholarsh, 2018, 50(1): 36-46. DOI: 10.1111/jnu.12345.

[29] 许丽华，张敏，闻子叶. 老年痴呆患者家庭照顾者负担与压力现状及影响因素 [J]. 中国老年学杂志，2016，36 (12): 3025-3027. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2016.12.095.

[30] TOSATO M, LUKAS A, VAN DER ROEST H G, et al. Association of pain with behavioral and psychiatric symptoms among nursing home residents with cognitive impairment: results from the shelter study [J]. Pain, 2012, 153 (2): 305-310. DOI: 10.1016/j.pain.2011.10.007.

[31] VOLICER L, VAN DER STEEN J T, FRIJTERS D H. Modifiable factors related to abusive behaviors in nursing home residents with dementia [J]. J Am Med Dir Assoc, 2009, 10 (9): 617-622. DOI: 10.1016/j.jamda.2009.06.004.

[32] KABLE A, GUEST M, MCLEOD M. Resistance to care: contributing factors and associated behaviours in healthcare facilities [J]. J Adv Nurs, 2013, 69 (8): 1747-1760. DOI: 10.1111/jan.12035.

[33] MAHONEY E K, HURLEY A C, VOLICER L, et al. Development and testing of the resistiveness to care scale [J]. Res Nurs Health, 1999, 22 (1): 27-38. DOI: 10.1002/(sici)1098-240x(199902)22:1<27::aid-nur4>3.0.co;2-t.

[34] JABLONSKI R A, THERRIEN B, KOLANOWSKI A. No more fighting and biting during mouth care: applying the theoretical constructs of threat perception to clinical practice [J]. Res Theory Nurs Pract, 2011, 25 (3): 163-175. DOI: 10.1891/1541-6577.25.3.163.

[35] JABLONSKI R A, KOLANOWSKI A, THERRIEN B, et al. Reducing care-resistant behaviors during oral hygiene in persons with dementia [J]. BMC Oral Health, 2011, 11: 30. DOI: 10.1186/1472-6831-11-30.

[36] ABRAHA I, RIMLAND J M, TROTTA F M, et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The senator-ontop series [J]. BMJ Open, 2017, 7 (3): e012759. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012759.

[37] MindfulGarden Digital Health, Inc. MindfulGarden [EB/OL]. [2022-04-09]. https://mindfulgarden.com.

[38] GUTMAN G, VASHISHT A, KAUR T, et al. Pilot study of a digital screen-based calming device for managing resistance during morning and evening care of persons with dementia [J]. J Gerontol Nurs, 2021, 47 (11): 15-21. DOI: 10.3928/00989134-20211012-03.

[39] WOODS P, ASHLEY J. Simulated presence therapy: using selected memories to manage problem behaviors in Alzheimer's disease patients [J]. Geriatr Nurs, 1995, 16 (1): 9-14. DOI: 10.1016/s0197-4572(05)80072-2.

[40] O'CONNOR C M, SMITH R, NOTT M T, et al. Using video simulated presence to reduce resistance to care and increase participation of adults with dementia [J]. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 2011, 26 (4): 317-325. DOI: 10.1177/1533317511410558.

[41] LIPPA C F. Review of issue: caregiver depression and a plan to manage resistance to care [J]. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 2011, 26 (4): 271-272. DOI: 10.1177/1533317511412695.

[42] KITSON A L. The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory [J]. Nurs Res, 2018, 67 (2): 99-107. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000271.

[43] FEO R, RASMUSSEN P, WIECHULA R, et al. Developing effective and caring nurse-patient relationships [J]. Nurs Stand, 2017, 31 (28): 54-63. DOI: 10.7748/ns.2017.e10735.

[44] KITSON A, ROBERTSON-MALT S, CONROY T. Identifying the fundamentals of care within Cochrane systematic reviews: the role of the Cochrane nursing care field fundamentals of care node [J]. Int J Nurs Pract, 2013, 19 (2): 109-115. DOI: 10.1111/ijn.12059.

[45] SIDANI S, STREINER D, LECLERC C. Evaluating the effectiveness of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia [J]. Int J Older People Nurs, 2012, 7 (1): 37-45. DOI: 10.1111/j.1748-3743.2011.00273.x.

[46] BECK C K, VOGELPOHL T S, RASIN J H, et al. Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents [J]. Nurs Res, 2002, 51 (4): 219-228. DOI: 10.1097/00006199-200207000-00002.

[47] KONNO R, KANG H S, MAKIMOTO K. A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes [J]. J Adv Nurs, 2014, 70 (10): 2167-2180. DOI: 10.1111/jan.12432.

[48] BHARWANI G, PARIKH P J, LAWHORNE L W, et al. Individualized behavior management program for Alzheimer's/dementia residents using behavior-based ergonomic therapies [J]. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 2012, 27 (3): 188-195. DOI: 10.1177/1533317512443869.

[49] GJELLESTAD Å, OKSHOLM T, ALVSVÅG H, et al. Trust-building interventions to home-dwelling persons with dementia who resist care [J]. Nurs Ethics, 2022: 9697330211041745. DOI:

10.1177/09697330211041745.
[50] STEIHAUG S，PAULSEN B，MELBY L. Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers：a qualitative study of structural conditions［J］. Scand J Prim Health Care，2017，35（4）：344-351. DOI：10.1080/02813432.2017.1397264.
[51] 舒星宇，温勇，周建芳，等 . 我国家庭保健服务现况［J］. 现代预防医学，2014，41（9）：1611-1614.
[52] WOODBRIDGE R，SULLIVAN M P，HARDING E，et al. Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia：a systematic review［J］. Dementia（London），2018，17（5）：533-572.Doi：10.1177/1471301216648670.
[53] 上海市质协用户评价中心 . 上海认知症群体生活质量及市民知晓度调查［J］. 上海质量，2019，19（5）：38-43. DOI：10.3969/j.issn.1004-7816.2019.05.014.

（收稿日期：2022-07-25；修回日期：2023-01-04）
（本文编辑：陈俊杉）